Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Breslau.
(Direktor: Geh. Rat Prof. Dr. Küttner.)

Über Pneumokokken-Osteomyelitis.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

vorgelegt von

Max Popiersch,
approb. Arzt in Breslau.

Breslau 1925.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
I. Berichterstatter: Dr. Hahn.
II. Berichterstatter: Professor Dr. Küttner.

Der Pneumokokkus ist für eine große Reihe von eitrigen Prozessen verantwortlich zu machen. Diese treten meist metapneumonisch auf, doch gibt es auch scheinbar primäre Diplokokkeneiterungen in den verschiedenen Organen. Lokalisationen der Pneumokokken in den Knochen sind verhältnismäßig selten. Klemm fand unter 280 Osteomyelitis-Fällen mit positivem Bakterienbefund nur 16 Fälle = 5,7%, in denen Pneumokokken nachgewiesen werden konnten. Aus der Literatur wird eine größere Anzahl von Pneumokokken-Osteomyelitisfällen angeführt, denen die Krankengeschichte eines in der Küttnerschen Klinik beobachteten Falles angereiht wird.

Die Pathogenese der Pneumokokken-Osteomyelitis ist im allgemeinen dieselbe wie bei Pneumokokkeneiterungen überhaupt. Die Krankheitskeime geraten in die Blutbahn und siedeln sich in besonders disponierten Knochen an. Die Entstehung der Erkrankung auf dem Lymphwege spielt eine sehr untergeordnete Rolle. Die Eintrittspforten, durch welche die Erreger in den Kreislauf gelangen, sind mannigfacher Art und nicht immer zu ermitteln. Durch Tierversuche eine Pneumokokkeneiterung in den Knochen zu erzeugen, ist bisher nicht recht gelungen. Als Hilfsursache, die die Metastasierung der Pneumokokken und die Entfaltung ihrer pathologischen Eigenschaften in den Knochen erklären kann, spielt die herabgesetzte Widerstandsfähigkeit derselben durch Traumen und Schädigungen sonstiger Art eine Rolle, oft ist aber eine äußere Veranlassung nicht nachzuweisen. Besonders disponiert sind Kinder, die am häufigsten von der Pneumokokken-Osteomyelitis befallen werden. Bei diesen wird die eigentümliche Blutversorgung des wachsenden Knochens verantwortlich gemacht.

Die Symptome der Pneumokokken-Osteomyelitis stimmen im allgemeinen mit denen jeder anderen Osteomyelitis überein. Einige Eigentümlichkeiten sind jedoch oft nachzuweisen: die ausgedehnte Schwellung, das Fehlen der Rötung, die starke

Venenzeichnung, ohne jedoch pathognomonische Bedeutung zu haben. Das Allgemeinbefinden ist meist als leidlich zu betrachten. Die Eiterprozesse haben ihren Sitz in der Regel in der Gegend der Gelenke und zwar in der kortikalen Schicht. Die Herde sind gewöhnlich klein, mitunter sind nur Rauhigkeiten am Knochen vorhanden. Phlegmonöse Markvereiterung und ausgedehnte Sequesterbildung kommt nicht vor.

Die klinische Diagnose ohne bakteriologische Untersuchung ist nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose, um so mehr als Pneumo- und Streptokokken-Osteomyelitiden eine große Ähnlichkeit besitzen.

Die Prognose ist quoad functionem eine gute, quoad vitam wegen der eventuell eintretenden Komplikationen eine zweifelhafte. Die Therapie soll möglichst frühzeitig einsetzen und radikal sein. Die einfache Inzision genügt nicht, wie der Fall aus der Küttnerschen Klinik zeigt, bei dem die Schwellung weiter bestand und wohl auch die Zerstörungen ihren Fortgang nahmen. Im übrigen bietet dieser Fall gegenüber den anderen Krankengeschichten keine Besonderheiten. Die Serumtherapie bietet keine Aussicht auf Erfolg, dagegen erscheinen Versuche bei Pneumokokkensepsis im Anschluß an Osteomyelitis rationell.